Eihautberstung
ohne Unterbrechung der Schwangerschaft bei Graviditas intramembranacea.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Theodor Reising

aus Marburg a. L.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg am 16. Juni 1920.
Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Ahlfeld.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1920

Es soll sich in meiner Arbeit nicht handeln um den vorzeitig in der Schwangerschaft erfolgten Blasensprung mit verzögertem Austritt der Frucht — missed labour — sondern um den immerhin seltenen Vorgang, daß in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft der Wasserabfluß erfolgt, ohne daß es im Anschluß daran zur Geburt kommt oder die Frucht in ihrer Weiterentwicklung gehemmt wird.

Ert seit einigen Decennien ist man auf diesen Vorgang aufmerksam geworden und konnte feststellen, wie die Frucht trotz des erfolgten Blasensprungs sich außerhalb des retrahierten Eihautsackes weiterentwickeln konnte, um dann freilich, meist vor dem normalen Ende der Schwangerschaft ausgestoßen zu werden: Graviditas extramembranacea.

Nach Anführung einer kurzen Geschichte der Graviditas extramembranacea, in der ich betonte, daß es Tarnier war, der auf diese merkwürdige Tatsache durch Veröffentlichung eines Falles im Jahre 1895 zuerst aufmerksam machte, komme ich auf die verschiedenen Varianten bei der extramembranösen Schwangerschaft zu sprechen. Einmal kann das Amnion einreißen und die Weiterentwicklung erfolgt im noch erhaltenen Chorionsack. Glaize bezeichnet diesen Vorgang als „grossesse extraamniotique“ oder es birst das Amnion und Chorion; der Foetus liegt nackt in der geschlossenen Gebärmutter und dem Fruchtwasser ist die Möglichkeit gegeben, allmählich abzusickern.

Dieser Zustand des dauernden Abfließens von Liquor amnii bezeichnet man als Hydrorrhoea amniotica und ist streng von dem der Hydrorrhoea gravidarum zu trennen.

Ich gehe dann auf die Ursache der Hydrorrhoea uteri gravidi decidualis ein und führe die Unterscheidungsmöglichkeit von der Hydrorrhoea amniotica an.

Hier ist es denn auch am Platze auf die Diagnosenstellung einer Graviditas extramembranacea vor der Ausstoßung der Frucht hinzuweisen; 1. Der Stand des Fundus uteri ist im Vergleich zu den Angaben der letzten Mensiruation zu niedrig. 2. Das Fruchtwasser ist in der ersten Hälfte der Schwangerschaft vollständig klar, das deciduale Exsudat blutig gefärbt. Später kann sich jedoch zum Eihautriß eine Endometritis decidualis gesellen, die auch meist mit blutiger Verfärbung der Flüssigkeit einhergeht. Es bleibt dann nur noch die chemische und mikroskopische Untersuchung über: Bei der ersteren ist der Nachweis von Harnstoff und Eiweiß, bei der zweiten der Nachweis von Lanugohaaren, Vernix caseosa und Epidermissschuppen wichtig.

Es werden dann im nächsten Abschnitt die Ursachen des vorzeitigen Blasensprunges von den verschiedensten Seiten beleuchtet. Es wird eine erhöhte Zerreißlichkeit der Eihäute angeführt, besonders des Amnion an der Kante der Schultze'schen Falte. H. R. Schmidt, Vogt und vor allem Hauptmann, der zehn Fälle von vorzeitigem Blasensprung genau mikroskopisch untersucht hat, suchen den frühen Eihautriß in pathologischen Vorgängen besonders entzündlicher Natur. Hauptmann hat in den sämtlichen zehn Fällen entzündliche Prozesse nachweisen können, die von der Decidua nach dem Amnion zu abnahmen.

Hornstein erklärt den Eihautriß folgendermaßen: Durch Schatz sind die Schwangerschaftswehen auch in der ersten Hälfte der Gravidität sicher gestellt; wenn diese am „Placentarboden" sich abspielen, so kommt es zur venösen Stauung und zur erhöhten Abscheidung von Fruchtwasser. Die Arterien bleiben durchgängig. Die Folge ist ein Mißverhältnis zwischen intrauterinem und intraoonlärem Druck und die Eihäute können am Eipol einreißen.

Auch das rhachitisch-platte Becken kann ein praedi-

sponierendes Moment für den vorzeitigen Blasensprung bilden.

Chronische Erkrankungen wie Tuberkulose, Chlorose, Anämie, Bronchitis fernerhin Rigidität der Weichteile, Wehenschwäche wie allzu starke Wehen, ja sogar Geschlecht, Gewicht und Länge der Frucht sollen in obigem Sinne wirken können.

Es wird dann der Einfluß auf die Frucht bei Graviditas intraammiotica und intramembranacea näher erörtert, sowie der Befund an den Eihäuten geschildert. Bei der „Grosesse intraammniotique" kann es zu starker Umschnürung der Nabelschnur mit Kompression der Gefäße durch das Amnion kommen, ferner zu Amputationen kindlicher Teile und zu ausgedehnten Verwachsungen mit der Frucht. Bei der Graviditas intramembranacea kommt es häufig zu ganz enormen Deformitäten kindlicher Glieder, da die Uteruswandung hierbei überall eng der Frucht anliegt. Ich verweise hier besonders auf den von mir angeführten Fall von Sturzenegger. Die Eihäute sind meist geschrumpft und retrahiert, die Eihöhle viel zu klein; die Ränder meist verdickt.

Im Anschluß hieran habe ich dann ausführlich einen Fall von Graviditas extramembranacea angeführt, der in der Privatklinik des Herrn Dr. v. Both in Cassel in diesem Jahre beobachtet und bisher nicht veröffentlicht wurde. Besonders wichtig war der Befund an dem Kinde und den Eihäuten. An den Füßen zeigte sich die deformierende Wirkung des Uterus, der an beiden Füßen die 3. 4. und 5. Zehe z. T. samt Metatarsalknochen dorsalwärts gepreßt hat. Der von den Eihäuten gebildete Saum ist ungefähr 2—2½ cm breit; die Eihäute setzen etwa 2 cm nach innen vom Plazentarrande an. Der Eihautriß hat einen wulstigen Rand. Das Amnion faltet sich in schmalem Saum nach außen um. Der Saum besteht, wie sich mikroskopisch nachweisen läßt, aus Amnion und Chorion, Der Eihautsack, dessen Saum nur 2—2½ cm beträgt, ist viel zu klein für das im 7. Schwangerschaftsmonat stehende Kind.

Viel seltener sind nun die Fälle, in denen trotz Eihautberstung eine intramembranöse Entwicklung der Frucht in die zweiten Hälfte der Schwangerschaft weiter vor sich ging. Ich bin in der Lage über zwei derartige Fälle zu berichten, deren einer in der Marburger Frauenklinik, der andere in der Privatklinik des Herrn Dr. v. Both in Cassel beobachtet wurde.

In dem ersten Fall handelt es sich um eine 28jährige I para, die am 7. November 1889 in die hiesige Frauenklinik aufgenommen wurde und bei der 33 Tage vor Geburt dauernd Fruchtwasser abfloß. Als aetiologisch für den Blasensprung in Betracht kommenden Moment wurden zu starke Schwangerschaftswehen und das allgemein verengte platte Becken angenommen. Es sicherten der am 2. Dezember 1889 von Professor Marchand in der Flüssigkeit gemachte Befund von Wollhaaren sowie die Untersuchungen von Herrn Geheimrat Schmidt, der Harnstoff und Eiweiß nachweisen konnte, die Diagnose einer Hydrorrhoea amniotica. Die seit dem 7. November täglich angestellten inneren Untersuchungen ergaben keine Aenderung im Befund bis zum 6. Dezember. Bis dahin war die Portio 2 cm lang und der Muttermund vollkommen geschlossen. Der am 6. Dezember ausgeführte Kaiserschnitt gibt darüber Aufschluß, daß tatsächlich die Eihäute das Kind umschließen und es sich um eine intramembranöse Entwicklung gehandelt hatte. Drei Wochen ante terminum wird das Kind entwickelt, das nach einigen Minuten ad exitum kommt. Die von Herrn Professor Marchand ausgeführte Sektion gab keinen Befund, der auf eine Schädigung des Kindes auf Grund geringer Fruchtwassermengen schließen lassen könnte.

Der zweite von Herrn Dr. v. Both im Jahre 1905 beobachtete Fall von Graviditas intramembranacea ist bisher nicht veröffentlicht worden.

Anamnestisch ist Folgendes mitzuteilen: Am 11. Juni 1905, etwa der 26. Schwangerschaftswoche entsprechend,

trat nach 3—4stündiger Wagenfahrt am Abend eine mit Blut untermischte Flüssigkeit aus der Vagina aus. Die Patientin begab sich am 1. August in die Behandlung des Herrn Dr. v. Both. Die Untersuchung ergab, daß der Fundus uteri etwa drei querfingerbreit über dem Nabel stand; es entspricht dies normaliter dem Ende des 7. Schwangerschaftsmonates, während nach den Angaben der letzten Menstruation es ungefähr die 33. Schwangerschaftswoche war. Der kindliche Körper wurde fest vom Uterus umschlossen. Ein Ballottement des Kopfes, der über dem Beckeneingang stand, war nicht nachzuweisen. Die absickernden Flüssigkeitsmengen wurden gründlich untersucht. Die Eiweißreaktion ergab stark positiven Ausfall und im Sediment ließ sich auch einmal ein Haar nachweisen, das mit den Lanugohaaren des Kindes große Aehnlichkeit hat, auch fand man zwei grauweiße vernixähnliche Bröckchen. — Es waren nun folgende Momente, die eine Unterbrechung der Schwangerschaft für angebracht erscheinen ließen: Die Möglichkeit einer vorzeitigen Plazentarlösung, einer plazentaren Kreislaufstörung, einer erheblichen Deformität kindlicher Teile; und schließlich war auch der Allgemeinzustand der Mutter in Betracht zu ziehen. Am 14. August — also in der 36. Schwangerschaftswoche — wurde ein Metreurynter eingelegt und nach drei Stunden erfolgte die Geburt des Kindes spontan. Die Plazenta wurde manuell in Narkose nach einer Stunde gelöst.

Am Kinde befand sich rechts wie links ein Pes equinovarus, der nach dreimonatlicher orthopädischer Behandlung beseitigt war.

Die Plazenta war 13 : 15. Die Nabelschnurlänge betrug 75 cm; es bestand eine Insertio velamentosa. Der Riß der Eihäute war bedeutend. Decidua ließ sich auf den Eihäuten nur in geringem Maße nachweisen. Die Eihäute waren fast ganz miteinander verklebt und ließen sich bis auf eine kleine Stelle an dem Eihautriß nicht voneinander trennen. Manchmal überragte das Amnion das Chorion und umgekehrt.

Das Amnion, das über das Chorion frei hinweg ragte, hatte einen verdickten Rand. Die nach dem Uterus gelegene Seite des Amnion sah aus als „ob es mit feinen fibrinösen Belegen bedeckt sei“. An den Stellen, wo das Amnion von dem Chorion sich trennen ließ, war die Oberfläche des Amnion glatt.

Auch mikroskopisch wurden Untersuchungen des Amnion angestellt, das am Ende umgekrempelt war, so daß eine Außenseite auf die andere kam und man fand dann, wenn man einen Durchschnitt anlegte, auf beiden Seiten Epithel, die durch die beiden Bindegewebslagen verbunden waren. Die Verklebungen der Außenfläche zeigten, daß sie schon einige Zeit zurücklagen.

Im Anschluß hieran habe ich noch fünf in der Literatur gefundene Fälle von Graviditas intramembranacea angeführt und bin auf die Ursachen des Eihautrisses, den Befund an den Eihäuten und an der Plazenta, sowie auf den Einfluß auf die Frucht eingegangen.

Zum Schluß habe ich in kurzen Worten die Therapie bei intramembranöser Entwicklung der Frucht gestreift.